

Kinderterapie is nie kinderspeletjies nie!

Esmé van Rensburg
Skool vir Psigososiale Gedragwetenskappe
Noordwes Universiteit (Potchefstroom Kampus)
Privaatsak X 6001
Potchefstroom
Republiek van Suid-Afrika

Sleutelwoorde: kinderterapie, kinderpsigoterapie, psigoterapie, speltherapie, bewysgebaseerde intervensies, bewysgebaseerde praktyk

Abstract

Due to poverty, crime, inequality, political instability and parental and familial dysfunction, children in South Africa are in urgent need of psychotherapeutic interventions. Psychologists are increasingly under pressure to make use of evidence-based practice in psychology. However, it seems as if psychological practitioners do not always understand the difference between evidence-based research versus evidence-based practice, and the application thereof on the therapeutic intervention process. The aims of this article were therefore firstly to explain the difference between evidence-based interventions versus evidence-based practice, and secondly to indicate that failure to utilise an evidence-based practice model may not only be unscientific but also unethical. The implication of the evidence-based practice model in terms of the clinical state and circumstances of the child client/patient's preferences as well as the values, research evidence and clinical expertise of the therapist were discussed. The different steps in evidence-based practice were indicated and demonstrated in terms of psychotherapeutic interventions with children. Lastly, the spotlight was turned on the link between evidence-based practice and ethical principles. The challenges of evidence-based practice in child psychotherapy were pointed out in terms of training, practice and research.

Inleiding

Dit word reeds lank erken dat sielkundige dienste 'n onontbeerlike deel van primêre gesondheidsorg vorm. Die literatuur toon aan dat ongeveer 25 tot 30% van volwasse pasiënte wat in primêre gesondheidsorg behandel word aan depressie, somatoforme versteurings en alkoholmisbruik ly (Rozensky, 2014). Ook in Suid-Afrika blyk dit dat ongeveer 17% van volwassenes aan die een of ander vorm van psigiatriese versteuring ly (Herman, Stein, Seedat, Heeringa, Moomal, & Williams, 2009). Die situasie ten

opsigte van kinders is eweneens kommerwekkend. Tans word emosionele en gedragsproblematiek onder kinders ouer as vyf jaar as die primêre vorm van gestremdheid in die VSA gesien (Ray, 2008).

Ward-Zimmerman en Cannata (2012) bevind dat ongeveer 25 tot 50% van aanmeldings by pediater eerder verband hou met emosionele, skolastiese of gedragsproblematiek as met fisieke toestande. Ook in Suid-Afrika word kinders aan veelvuldige stressore blootgestel wat verband kan hou met emosionele en gedragsproblematiek (Barbarin & Richter, 1999). Kinders in Suid-Afrika ervaar veelvuldige vlakke van deprivasie op ekonomiese, sosiale en opvoedkundige gebied (Barnes, Wright, Noble, & Dawes, 2008). Die statistiek dui aan dat 12% van die 18,6 miljoen kinders onder die ouderdom van 18 jaar in Suid-Afrika een of albei ouers aan die dood afgestaan het. Slegs 34% van kinders in Suid-Afrika word in die tradisionele nukleêre gesin by albei biologiese ouers groot (Holborn & Eddy, 2011). Drie uit elke vyf kinders word groot in huishoudings met 'n inkomste van minder as R1 200 per maand, met die gevolg dat hulle op ekonomiese gebied aan veelvuldige stressore blootgestel word. Die literatuur dui aan dat die omvang van MIV onder kinders in Suid-Afrika 5,6% beloop (Dorrington, Johnson, Bradshaw, & Daniel, 2006).

Armoede, werkloosheid, wanvoeding, misdaad, ongelyke werksgeleenthede, politieke onstabiliteit en gebrekkige ouerfunksionering dra by tot die omvang van emosionele en gedragsproblematiek by kinders. Die effek van genoemde stressore het 'n uitwerking op kinders se fisieke, emosionele, sosiale en kognitiewe funksionering (Barbarin & Richter, 1999) en ly tot negatiewe ontwikkelingsuitkomst.

Derhalwe is die behoefte aan terapeutiese intervensies baie groot. Hulpbronne ten opsigte van sielkundige dienste in Suid-Afrika is egter beperk. Daar is tans sowat een sielkundige vir elke 304 000 persone, hoewel die ratio in ontwikkelde lande 1:4000 is. In 2014 was daar 7 640 sielkundiges by die Raad op Gesondheidsberoepe geregistreer. Dit sluit kliniese, opvoedkundige, voorligting-, bedryf- en navorsingsielkundiges in. Die hoeveelheid sielkundiges wat egter werklik op praktykvlak hulp verleen, is heelwat minder aangesien nie alle geregistreerde sielkundiges praktiseer nie.

Daar kan gevolglik tereg aanvaar word dat kinders in Suid-Afrika terapeutiese nood ervaar. Daarom is dit die taak van sielkundiges om op die hoogste vlak bewysgebaseerde praktyk na te streef ten einde optimale, doeltreffende en koste-effektiewe dienste te lewer.

In hierdie artikel word die aandag enersyds daarop toegespits om aan te toon in watter mate bewysgebaseerde praktyk (*evidence-based practice*) tot uiting kom in

kinderterapie. Andersyds word geargumenteer dat die implementering van bewysgebaseerde praktyk die etiese verantwoordelikheid van elke sielkundige is.

Dilemmas met kinderpsigoterapie

Navorsing op die gebied van kinderpsigoterapie (waarby speltherapie ingesluit word), toon steeds gebreke. Ondersoeke word dikwels met klein groepe gedoen wat 'n gebrek aan veralgemeenbaarheid tot gevolg het (Shean, 2014). Die populasie waarmee die navorsing gedoen is, word swak beskryf en vergelykende studies met ander en/of soortgelyke terapeutiese intervensies is skaars. Daar is dikwels onvoldoende afbakening van diagnostiese kriteria, of vaaghede oor die veranderlikes en/of die inhoud van die intervensie (Shean, 2014).

Voorts bestaan daar meermale verwarring tussen die terme “kinderpsigoterapie” en “speltherapie”, wat dikwels as sinonieme gebruik word. Kinderpsigoterapie is nie gelykstaande aan speltherapie nie. Dit sluit wel speltherapie in, maar is baie meer omvattend as blote speltherapie. Kinderpsigoterapie kan gedefinieer word as die wetenskaplike toepassing van 'n verskeidenheid metodes, tegnieke en interpersoonlike vaardighede gebaseer op erkende psigologiese beginsels met die doel om kinders se gedrag, emosies, kognisies, aanpassing, ontwikkeling en funksionering op fisieke, kognitiewe, emosionele en sosiale gebied te verbeter. Speltherapie sluit al die bogenoemde aspekte in, maar verwys dan spesifiek na metodes waar daar van speelgoed en speletjies gebruik gemaak word om die terapeutiese proses te vergemaklik (Schaefer, 1998). Dit is gevolglik eng en simplisties om speltherapie as die enigste vorm van intervensie met kinders te beskou. Baie psigoterapeutiese intervensies met kinders sluit nie noodwendig die gebruik van spel en speelgoed (en dus speltherapie) in nie.

Bewysgebaseerde praktyk

Daar is tans internasionaal druk op sielkundiges om bewysgebaseerde praktyk (*evidence based practice*) toe te pas (APA, 2006). Bewysgebaseerde praktyk spruit uit die beweging wat dr. Archie Cochrane reeds in 1972 in Skotland begin het. Hy bepleit 'n groter integrasie tussen teorie (navorsing) en praktyk ten einde mediese intervensies doeltreffender te maak en sodoende die koste van mediese dienste te verminder (Cochrane, 1972). 'n Groep Kanadese geneeshere het die pleidooi verder gevoer, wat gelei het tot die daarstelling van 'n stel spesifieke reëls, kriteria, standarde en praktykparameters wat op navorsing gebaseer moet wees.

Hierdie bewysgebaseerde mediese model het gelei tot verbeterde pasiëntbehandelingsuitkomst. Die American Psychiatric Association (APA) het in 1992 'n taakspan in die lewe geroep om bewysgebaseerde intervensies ook ten opsigte van sielkundige intervensies te ondersoek (APA, 1993). Die vereistes wat vir bewysgebaseerde sielkundige praktyke daargestel is, het genoodsaak dat intervensies die nodige empiriese ondersteuning moes geniet. Volgens empiriese navorsing is intervensies dan verdeel as *goed ondersteunde intervensies*, en *waarskynlik doeltreffende intervensies*.

Die kriteria vir hierdie twee kategorieë word in Tabel 1 vervat.

Tabel 1: Empiries ondersteunde (*evidence-based*) intervensies

Goed ondersteunde intervensies <i>(Well established interventions)</i>	Waarskynlik doeltreffende intervensies <i>(Probably efficacious interventions)</i>
1. Ten minste twee ewekansigde kwantitatiewe ontwerpe; verskillende navorsers en bewys word dat dit <ul style="list-style-type: none"> – doeltreffender is as medikasie of ander intervensies; – ekwivalent is tot ander reeds bewese intervensie; – statisties voldoende bewys is . Of 2. 'n groot getal enkelgevallestudies met statistiese bewyse en vergelykbaarheid met ander intervensies; 3. handleidings (<i>treatment manuals</i>); 4. 'n duidelik gespesifiseerde steekproef.	1. Ten minste twee ewekansigde kwantitatiewe studies met waglys-kontrolegroepe. Of 2. twee studies deur dieselfde ondersoeker, maar steeds kriteria 1, 3 en 4. Of 3. twee studies wat as doeltreffend gesien kan word, maar met erkenning van beperkte steekproefneming. Of 4. 'n groot getal enkelgevallestudies wat kriteria 2, 3 en 4 goed ondersteun.

(APA, 1995)

Dié kriteria het gelei tot 'n lys van bewysgebaseerde intervensies wat 'n invloed het op beleidmakers, opleidingsinstansies en mediese fondse. Die literatuur verwys dikwels hierna as “best practices”.

Daar was egter bepaalde leemtes in die bewysgebaseerde beweging. Die steekproefmetodes is dikwels as idealisties gesien en nie weerspieëlsend van “regte” populasies nie. Streng insluitings- en uitsluitingskriteria vir deelname aan die navorsing het “ideale” populasies geskep wat moeilik repliseerbaar is (Shean, 2014). Die fokus was dikwels op simptome; die duur van terapie is onderskat, en terapiehandleidings het nie individuele verskille in ag geneem nie (Shean, 2014). Kritici was van mening dat die terapiehandleidings psigoterapie as nie ’n verhouding of as ’n proses verdiskonteer nie en dat die rol van die terapeutiese vennootskap ontken is. Kritici het voorts aangevoer dat daar ’n verskil is tussen doeltreffendheid (*efficacy*) wat dikwels slegs in ideale omstandighede bestaan, en effektiwiteit (*effectiveness*) wat as kliniese bruikbaarheid (*clinical utility*) in die “regte” wêreld na vore tree (Shean, 2014).

Dit het gelei tot die daarstelling van ’n koersaanpassende dokument getiteld “Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century” (vergelyk Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000). Daarin bepleit die skrywers bewysgebaseerde *praktyk* eerder as bewysgebaseerde *intervensies*. Bewysgebaseerde *praktyk* word hierin gedefinieer as “the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient values” (Sackett et al., 2000. p.1). Haynes, Devereaux en Guyatt (2002) voeg hierby die kliniese toestand en persoonlike omstandighede van die kliënt (*clinical state and circumstances*). Die APA (2006, p. 273) aanvaar bewysgebaseerde *praktyk* dan as “the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences”. Die belangrikste verskil tussen bewysgebaseerde *intervensies* en bewysgebaseerde *praktyk* lê gevolglik daarin dat bewysgebaseerde *intervensies* primêr fokus op navorsingsbewyse sonder inagneming van die kliniese toestand of pasiëntvoorkeur, óf op die kundigheid van die terapeut.

Ongelukkig bestaan daar steeds wanbegrippe en misverstande ten opsigte van bewysgebaseerde *praktyk* omdat dit dikwels gesien word as ’n lys van “goedgekeurde terapieë” of wanneer ’n artikel daaroor gepubliseer is. So wys Bearman, Wadkins, Bailin en Doctoroff (2014) op heelwat navorsing wat aandui dat min studente wat met hulle professionele opleiding as sielkundiges besig is – en selfs sielkundiges wat reeds in *praktyk* staan – enige kennis dra van óf bewysgebaseerde *intervensies* óf van bewysgebaseerde *praktyk*. Geen navorsing kon in die Suid-Afrikaanse konteks gevind word oor sielkundiges se kennis van bewysgebaseerde *intervensies* of van bewysgebaseerde *praktyk* nie. Die skrywer is van mening dat die situasie nie veel anders sal vergestalt as in die VSA nie.

Bewysgebaseerde praktyk in kinderpsigoterapie

In die konteks van die voorafgaande bespreking is die doel van bewysgebaseerde praktyk derhalwe:

1. om verbeterde kwaliteit diens daar te stel;
2. om verantwoordbaarheid (*accountability*) te bevorder;
3. om koste-effektiwiteit te bevorder;
4. om verbeterde pasiënt-/kliëntuitkoms te bewerkstellig, en
5. om etiese verantwoordbaarheid te bevorder.

Bewysgebaseerde praktyk bestaan uit *verskillende dimensies* (Haynes et al., 2002), sowel as *verskillende stappe* (Drisko, 2014) en kan word as 'n besluitnemingsmodel.

Dimensies van bewysgebaseerde praktyk

Haynes et al. (2002) verduidelik dat die dimensies van bewysgebaseerde praktyk uit die volgende vier dimensies bestaan:

1. begrip vir die kliniese toestand, persoonlike eienskappe en kontekstuele omstandighede van die kliënt;
2. navorsingsbewyse;
3. kliëntvoorkeur en alternatiewe, en
4. kliniese deskundigheid.

Die onderlinge verweefdheid tussen hierdie vier dimensies word in die volgende figuur weergegee:



(Haynes et al., 2002)

In die konteks van kinderterapie sal die *kliniese toestand* van die kinderkliënt/-pasiënt dan insluit dat die sielkundige kennis behoort te neem van die kind se ontwikkeling op fisieke, kognitiewe, emosionele en sosiale vlak. Dit impliseer dat die sielkundige oor 'n uitgebreide kennis van ontwikkelingsielkunde behoort te beskik. Verder behoort die sielkundige kennis te dra van psigopatologie en verskillende diagnostiese kriteria, en nie net dit wat in die DSM V en ICD 10 voorkom nie, maar ook van sindrome of simptomebeelde in aanverwante terreine. Voorbeelde sluit in tasdefensiwiteit en sensoriese integrasieversteurings en die invloed daarvan op kinders se funksionering. Ander toestande – soos onder andere sosiale teruggetrokkenheid, ouervervreemdingsindroom en boeliegedrag – word byvoorbeeld nie pertinent deur die DSM V of die ICD genoem nie, maar is problematiek waarmee sielkundiges daaglik in die praktyk gekonfronteer word. Voorts behoort die sielkundige oor uitgebreide kennis te beskik ten opsigte van kinders uit ander of diverse kontekste. Dit sluit in verskillende kulture, minderheidsgroepe, of alternatiewe gesinne soos gaygesinne of meergenerasiegesinne.

Volgens Haynes et al. (2002) behels die tweede dimensie van bewysgebaseerde praktyk, naamlik *navorsingsbewyse*, dat die praktisyn in bewysgebaseerde praktyk voortdurende kennis moet opbou oor bewysgebaseerde intervensies. Dit hou in dat 'n

kritiese evaluering van navorsing moet kan plaasvind. Vrae wat die sielkundige daarom ná die lees van empiriese navorsing behoort te kan beantwoord, is:

- Is hierdie joernaal betroubaar?
- Wat is die kwaliteit van die navorsing wat gedoen is?
- Hoe toepasbaar is dit op my kliënt/pasiënt (*efficacy and clinical utility*)?
- Wat is die sterktes, leemtes en uitdagings van hierdie spesifieke navorsing?
- Watter alternatiewe behandelingsmetodes is beskikbaar?
- Hoe bekostigbaar is hierdie intervensie en hoe koste-effektief is dit?

Die derde dimensie wat Haynes et al. (2002) daarstel, is *kliëntvoorkeur en -keuses*. Dit impliseer dat sowel die persoonlike omstandighede van die kliënt asook sy/haar keuses/voorkeure in ag geneem moet word. Alhoewel sekere behandelingsopsies volgens die literatuur as die mees aangewese aangetoon mag word, sal kinderterapeute moet kennis neem daarvan dat dit nie noodwendig die kliënt of sy/haar ouer(s) se keuse sal wees nie. Die kinderkliënt se etnisiteit, kultuur, taal, geslag, godsdienstige oriëntasie, seksuele oriëntasie of gestremdheidstatus moet dus verdiskonteer word. So byvoorbeeld kan *Theraplay* (Jernberg, 1978) as die voorkeurbehandelingsmetode aangetoon word vir kinders met gehegtheidsproblematiek. *Theraplay* maak gebruik van fisieke kontak met die kind. Die sielkundige wat met kinders werk, moet egter pertinent kennis neem daarvan dat fisieke kontak tussen 'n terapeut en 'n kind in sommige kulture en/of gelowe as onaanvaarbaar beskou word. So ook sal 'n sielkundige wat 'n kind wil help met die verwerking van 'n rouproses kennis moet dra van die geloofsoortuigings van die kultuur waaruit die kind kom. Nog 'n aspek van belang by kliëntvoorkeur en -alternatiewe is dat kliënte al hoe meer medeseggenskap wil en móét aanvaar ten opsigte van behandelingstrategieë. Medeseggenskap verhoog aanvaarding van verantwoordelikheid, lei tot beter samewerking en gevolglik ook verbeterde terapie-uitkomst (APA, 2006). Om dié rede is dit noodsaaklik om aan die kind te verduidelik wat die doel van terapie is, hoe die proses gaan plaasvind en, waar moontlik, om die kind se insette te kry. Volgens die huidige outeur word daar dikwels in terapie te veel met die ouers oor die kind gepraat en dikwels te min met die kind self.

Volgens die bewysgebaseerde model dui die laaste dimensie op *kliniese deskundigheid*. Drisko (2014 p. 124) meen: "Note carefully that the expertise of the clinician is the 'glue' that combines and integrates all of the other elements in the evidence-based practice." Ten opsigte van kliniese deskundigheid kan die stelling onomwonde gemaak word dat die kinderterapeut op verskeie terreine 'n kinderdeskundige by uitstek moet wees. Uitgebreide teoretiese sowel as toegepaste kennis ten opsigte van kinderevaluering en psigometrie is noodsaaklik.

Kinderevaluering omsluit vier metodes van evaluering naamlik, observasie, psigometrie, die kliniese onderhoud en die benutting van kolaterale bronne. Evaluering van 'n kind geskied in die konteks en teen agtergrond van normale ontwikkelingsielkunde, grondige en uitgebreide kennis van kinderpatologie, sowel as kennis oor die toepaslikheid en relevansie van verskillende diagnostiese stelsels soos die ICD 10 en die DSM V. Behoorlike evaluering van 'n kind het tot gevolg 'n goed geïntegreerde gevalformulering wat sal lei tot 'n wetenskaplike behandelingsplan.

Benewens kennis oor normale kinderontwikkeling en psigopatologie, is dit egter dan ook noodsaaklik dat die kinderterapeut oor 'n uitgebreide kennis van verskillende tipes behandelingsmetodes en -modelle moet beskik ten einde korrekte passing te maak tussen die kliniese toestand van die kliënt, navorsingsbewyse, en kliëntvoorkeur en -alternatiewe. Daarmee saam moet die kinderterapeut oor toepaslike interpersoonlike vaardighede en die vermoë tot interdisiplinêre samewerking beskik. Selfkennis en selfrefleksie is verder 'n belangrike vereiste vir 'n suksesvolle en doeltreffende kinderterapeut.

Nog 'n faset van kliniese deskundigheid sluit egter ook in dat die terapeut oor die vermoë en kennis moet beskik om navorsingsresultate krities en doeltreffend te kan evalueer ten einde die wetenskaplikheid daarvan te bepaal. Die vermoë tot bronontginning vorm 'n volgende kliniese vaardigheid wat deel vorm van hierdie dimensie. Kliniese deskundigheid impliseer dus dat die kinderterapeut 'n wye verskeidenheid van terapeutiese intervensies moet ken, die toepaslikheid daarvan in die kliënt se konteks moet kan evalueer, die wetenskaplikheid daarvan vanuit die literatuur en bestaande navorsing moet kan beoordeel, dit dan toe te pas, en uiteindelik die effektiwiteit daarvan moet kan monitor. Hierdie aspekte beklemtoon die geldigheid van Drisko (2014) se opmerking dat hierdie dimensie as 't ware die gom is wat alles bymekaar bring.

Goodheart (2006) is van mening dat die bewysgebaseerde praktykmodel van Haynes et al. (2002) lof verdien aangesien dit 'n buigsame model is wat die praktisyn kan aanpas by individuele pasiënte se omstandighede en behoeftes. Die pasiënt se voorkeur en medeseggenskap word in ag geneem, maar die model "seems to capture the role of clinical expertise in a more clinically sophisticated conceptualization" (p. 50).

Stappe in die bewysgebaseerde proses

Hierbo is aangetoon dat die bewysgebaseerde praktyk uit verskillende dimensies, maar ook uit verskillende stappe bestaan.

In kinderpsigoterapie sal Drisko (2014) se verskillende stappe in die bewysgebaseerde praktyk soos volg sal uitsien:

- Verstaan van die kind deur evaluering impliseer dat die sielkundige van toepaslike evalueringsmetodes gebruik moet maak ten einde 'n geïntegreerde gevalsformulering in die konteks van normale ontwikkeling en psigopatologie te kan doen.
- Na verstaan van die kind in sy konteks, met sy spesifieke omstandighede en sterktes en problematiek is dit noodsaaklik om wetenskaplike literatuur te raadpleeg ten einde riglyne vir effektiewe behandelingsmetodes daar te stel. Die soektog na toepaslike intervensies moet gerig wees op en plaasvind vanuit die kind se spesifieke eienskappe. Die sielkundige sal byvoorbeeld nie net soek na literatuur oor die behandeling van 'n kind met selektiewe mutisme nie, maar meer spesifiek soek na navorsing oor 'n kind in 'n enkelouergesin in 'n Afrika-konteks. Daar moet dus gepoog word om die soektog na navorsing oor intervensies met betrekking tot selektiewe mutisme so toepaslik moontlik te maak vir die kind waarmee gewerk word se spesifieke unieke omstandighede, milieu en kulturele konteks .
- Die volgende stap behels dat die sielkundige die verskillende moontlikhede met die ouers van die kind, maar ook met die kind self (waar moontlik) te bespreek ten einde die kliënt en/of die ouers toe te laat om ingeligte keuses uit te oefen ten opsigte van die behandelingsplan. In hierdie proses word die kliënt se waardes, doelwitte en omstandighede in ag geneem en moet hy/sy medeseggenskap en medeverantwoordelikheid aanvaar vir die keuse wat uitgeoefen word.
- Daarna vind 'n sintese plaas tussen die kliënt se behoefte en bestaande navorsing oor doeltreffende behandeling vir die spesifieke probleem, en 'n behandelingsplan word geformuleer. Hierdie behandelingsplan moet duidelike uitkomstê hê sodat sowel die sielkundige as die ouers en die kind sal weet wat die beoogde uitkoms van die terapie is. Dikwels sal daar ook in hierdie stap kontraktering plaasvind oor die moontlike aantal sessies wat nodig sal wees, wat elke lid van die sisteem se verantwoordelikheid is, en hoe die uitkoms van die terapie geëvalueer sal word.
- Die volgende stap is die implementering van die terapieplan. Die kindertapeut sal in hierdie stap fokus op behandeling wat in bestaande navorsing aangedui word as die voorkeurbehandeling, maar dit moet pas of aangepas word by die

kliënt se individuele behoeftes en omstandighede, en moet dan met die nodige kundigheid deur die terapeut geïmplementeer word.

- Die laaste stap in die bewysgebaseerde praktykproses is om die uitkoms van die terapie in operasionele terme te evalueer. Dit sluit in remediëring van die probleem sowel as pasiënttevredenheid in (Drisko, 2014).

Uit bogenoemde bespreking is dit dus duidelik dat bewysgebaseerde praktyk omvattender is as die konsep van bewysgebaseerde intervensies. Dit is belangrik dat die sielkundige wat met kinders werk nie net kennis dra van die verskillende komponente van bewysgebaseerde praktyk nie, maar in die beplanning en uitvoering van terapeutiese intervensies ook die verskillende stappe in die terapeutiese proses sal verdiskonteer.

Bewysgebaseerde praktyk as 'n etiese verpligting

Sielkundiges aanvaar die universele etiese beginsels van outonomie, die beste belang van die kliënt, nieskadeberokkening, geregtigheid en gelykheid, respek vir die individu en eerlikheid en getrouheid. Hierdie ses beginsels vorm die grondslag van etiek in die mediese en sielkundige professies. Dit word dan ook internasionaal (APA, 2010) en nasionaal (HPCSA, 2008) pertinent in die etiese kodes vir sielkundiges uitgespel.

Die skrywer is van mening dat versuim om bewysgebaseerde praktykvoering te gebruik, 'n oorskryding van die ses basiese etiese beginsels is. Daar word van die standpunt uitgegaan dat die ses basiese etiese beginsels neerslag vind in die vier dimensies van bewysgebaseerde praktyk.

Dié mening kan soos volg verduidelik word:

Die beginsel van outonomie: Outonomie verwys na respek vir die individu se reg tot selfdeterminasie en sy vermoë tot besluitneming. Hiervolgens word daar afgewyk van die paternalistiese en outokratiese metode van “die dokter weet die beste” en daarvolgens besluite oor die individu moet neem. Dié etiese beginsel vind neerslag in die bewysgebaseerde praktykbeginsel van “*kliëntevoorkeur en alternatiewe*”. Dit is die verantwoordelikheid van die sielkundige wat met kinders werk om aan die ouers van die kliënt inligting te gee oor verskillende moontlikhede in die terapeutiese proses sodat die ouers (en dikwels ook die kind, na gelang van sy/haar ontwikkelingsvlak) keuses kan uitoefen en hul voorkeur kan laat geld.

Die beginsel van respek vir die individu: Hierdie beginsel is nou verwant aan die beginsel van outonomie. Dit beklemtoon egter dat die individu met sy eie waarde-

stelsel, geloof en unieke omstandighede gerespekteer moet word. Dit beteken dat daar op géén wyse teen die kliënt gediskrimineer mag word op grond van ras, geslag, geloofstatus, seksuele oortuigings, huwelikstatus, ouderdom, etniese en sosiale status, taal of opvoedkundige peil nie. Ten einde onbevooroordeeld te wees, behoort die sielkundige wat met kinders werk te alle tye begrip te hê vir die persoonlike omstandighede en kliniese toestand van die kind, maar ook vir die kliënt se voorkeure en keuses. Die sielkundige behoort ook kennis te dra van beslissende navorsingsbewyse van intervensies met kwesbare populasies. Uiteraard impliseer dit dat die sielkundige 'n deskundige op die terrein moet wees van die populasie waarmee hy/sy werk. Al vier die terreine van bewysgebaseerde praktyk word deur hierdie kode vervat.

Die beginsel van die beste belang van die kliënt: Daar moet te alle tye gestreef word daarna om in die beste belang van die kliënt op te tree. Die beginsel van die beste belang van die kliënt vind neerslag in al vier bewysgebaseerde praktykbeginsels. Daar kan nie in die beste belang van die kliënt opgetree word indien die terapeut nie oor die nodige kliniese deskundigheid beskik nie, nie op hoogte is van relevante en nuwe navorsing nie, nie die kliënt se voorkeure in ag neem of nie die nodige geïntegreerde gevalformulering vanuit die kliniese toestand en persoonlike omstandighede van die kliënt kan doen nie.

Die beginsel van nieskadeberokkening. Die kern van hierdie beginsel is dat daar te alle tye gestreef moet word daarna om nie skade te berokken nie. Die sielkundige wat met kinders werk, moet dus bewus wees van die feit dat niebewysgebaseerde, werksaamhede potensiële skade kan berokken. So byvoorbeeld kan verkeerde of niebewysgebaseerde terapeutiese intervensies met gemolesteerde kinders die kind van voor af traumatiseer. Die risiko's en potensiële negatiewe newe-effekte van intervensies moet in ag geneem word. 'n Gebrek aan die nodige kliniese kennis, of om na te laat om 'n geïntegreerde gevalformulering te gebruik, of om nie die kliënt se voorkeure en keuses in ag te neem nie, beteken dat die sielkundige verkeerde terapeutiese intervensies kan toepas wat potensiël skadelik kan wees. Die beginsel van nieskadeberokkening in al vier dimensies van die bewysgebaseerde praktykproses.

Die beginsel van geregtigheid en gelykheid (justice): Hierdie beginsel verwys daarna dat die terapeut sy/haar beloftes moet kan nakom, maar ook die billikheid van die intervensie moet kan beoordeel. Die sielkundige kan tydens die evalueringsproses besluit watter psigometriese metodes toegepas gaan word ten einde 'n sinvolle gevalformulering te bewerkstellig. Dikwels kan daar vanuit observasie en die gevallegeskiedenis reeds 'n diagnose gemaak word. Tog sal sommige sielkundiges steeds 'n hele reeks psigometriese toetse toepas ten einde hulle diagnostiese hipotese

te bevestig, en dan in die proses professionele gelde hef. Die vraag kan dan tereg gevra word: Was die toepassing van die meetinstrumente geregverdig? Die toelaag van die mediese fonds kan dan uitgeput wees voordat daar werklik met terapeutiese intervensies begin is. Nog 'n voorbeeld van ongeregtheid is wanneer sielkundiges terapie onderneem met kinders met problematiek waarvan die sielkundige nie voldoende kennis dra of waarin die sielkundige nie 'n deskundige is nie. So ook blyk dit dat sommige sielkundiges voorkeur gee aan kliënte wat aan 'n mediese fondse behoort, omdat hulle van die standpunt uitgaan dat betaling van hulle gelde gewaarborg is. Hierdie werkwyse oorskry uiteraard die beginsel van geregtigheid en gelykheid, aangesien dit as 'n vorm van diskriminasie gesien kan word.

Die beginsel van eerlikheid: Die laaste etiese beginsel is eerlikheid. Hierdie beginsel verwys na die sielkundige se eerlikheid ooreenkomstig sy kennis, ervaring en kundigheid. Wanvoorstelling van sy/haar bevoegdheid, of terapeutiese intervensie by kinders met sielkundige problematiek waarvan die terapeut weinig kennis dra, is uiteraard oneerlik. Die beginsel van eerlikheid vind neerslag in kennis van die kliënt se problematiek soos dit teoreties in die ontwikkelingsielkunde en psigopatologie verantwoord kan word, maar ook soos dit van toepassing is op die kliënt met sy unieke keuses en voorkeure. Die beginsel vind voorts neerslag in 'n grondige kennis van heersende navorsingsbewyse sowel as in die terapeut se deskundigheid. Dié beginsel vind neerslag in al vier dimensies van bewysgebaseerde praktykvoering.

Die stelling is gemaak dat niebewysgebaseerde praktykvoering oneties is. Die betoog hierbo het ten doel gehad om aan te toon dat die etiese beginsels soos van toepassing op sielkundiges implisiet vervat is in die verskillende dimensies van bewysgebaseerde praktykvoering.

Slot

Die doel van hierdie artikel was om die verskil aan te toon tussen bewysgebaseerde intervensies en bewysgebaseerde praktyk soos dit in kinderpsigoterapie vergestalt. Die belangrik rol van bewysgebaseerde praktyk is beklemtoon.

Die strewe na bewysgebaseerde praktyk het op verskeie vlakke belangrike implikasies vir die sielkundeprofessie. Eerstens bied so 'n benadering omvangryke uitdagings ten opsigte van die *opleiding* van sielkundiges. 'n Groter klem op die verskil tussen bewysgebaseerde intervensies en bewysgebaseerde praktyk sal die aandag vestig op die deurslaggewende uitvloeisel van praktyk gebaseerde opleiding gegrond op aanvaarde teoretiese beginsels. Hierdie opleiding moet plaasvind deur middel van bestaande leerplanne vir potensiële sielkundiges, maar ook in gespesialiseerde

opleidingsgeleenthere vir sielkundiges wat reeds in die praktyk staan. Dit is ook duidelik dat die huidige sielkundekorps nie bevredigende dienste kan lewer in die groter opset van die breë populasie nie. Die aanbieding van gespesialiseerde opleiding vir doktorsale studente is 'n betekenisvolle oorweging. Dit wil voorkom asof gespesialiseerde opleiding op doktorsale vlak in 'n toenemende mate uit die onderrig van modules sowel as uit navorsing behoort te bestaan.

Die tweede uitdaging van bewysgebaseerde praktyk is dat *navorsing* op die *hoogste vlak* in die Suid-Afrikaanse konteks gedoen moet word. Heelwat psigoterapeutiese intervensies spruit uit die Europese en Amerikaanse konteks en is nie noodwendig van toepassing op die Suid-Afrikaanse konteks nie.

Die derde uitdaging lê op *praktykvlak*. Daar word al hoe meer van sielkundiges verwag word om hulle terapeutiese intervensies te verantwoord. Sielkundiges sal bewys moet lewer van bewysgebaseerde praktyk ten einde hulle posisie in die primêre gesondheidsorgspan te vestig. Mediese fondse begin ook in 'n toenemende mate aandring op terapieplanne ten einde die bekostigbaarheid van intervensies te beoordeel.

Uit die bespreking hierbo het dit duidelik geword dat die doelwit van bewysgebaseerde praktyk op verskillende vlakke betekenisvolle implikasies inhou vir die sielkundeprofessie. Praktykgerigte opleiding, toepaslikheid van navorsing en terapeutiese intervensies op eie bodem, sowel as verantwoording van terapieplanne kan baie daartoe bydra om sielkundiges se statuur en status in die Suid-Afrikaanse primêre gesondheidsorgbestel te bevestig.

Kinderterapie is 'n komplekse proses wat bewysgebaseerde praktyk behoort na te streef – dit is nie net kinderspeletjies nie.

Verwysings

- American Psychological Association. (1993). *Task Force in Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(2), 271-285. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Barbarin, O.A., & Richter, L.M. (1999). Adversity and psychosocial competence of South African children. *American Journal for Orthopsychiatry*, 69(3), 319-327. doi: [org/10.1037/h0080406](http://dx.doi.org/10.1037/h0080406)
- Barnes, H., Wright, G., Noble, M., & Dawes, A. (2008). *The South African Index of Multiple Deprivation for Children – Census 2001*. South Africa: HSRC Press.
- Bearman, S.K., Wadkins, M., Bailin, A., & Doctoroff, G. (2014). Prepracticum Training in Professional Psychology to Close the Research-Practice Gap: Changing Attitudes Toward Evidence-Based Practice. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 13-20. doi: [org/10.1037/tep0000052](http://dx.doi.org/10.1037/tep0000052)
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: Nuffield Hospital Trust.
- Darrington, R.E., Johnson, L.F., Bradshaw, D., & Daniel, T. (2006). *The demographic impact of HIV/Aids in South Africa: National and provincial indicators for 2006*. Cape Town, SA: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa. Retrieved from <http://www.mrc.ac.za/bod/demographicicl;actHIVIndicators>.

- Drisko, J. (2014). Research Evidence and Social Work Practice: The place of evidence-based practice. *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 123-133. doi: 10.1007/s10615-013-0459-9
- Goodheart, C.D. (2006). Evidence, endeavor, and expertise in psychology practice. In C.D. Goodheart, A. Kazdin, & R.J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based Psychotherapy* (pp. 37-61). Washington: APA.
- Haynes, R., Devereaux, P., & Guyatt, G. (2002). Clinical expertise in the era of evidence based medicine and patient choice. *Evidence-based medicine*, 7(2),36-38. doi: 10.1136/ebm.7.2.36
- Health Professions Council of South Africa. (2008). Guidelines for good practice in the health care professions: General ethical guidelines for the health care professions booklet 1. Retrieved from http://www.hpcsa.co.za/Uploads/editor/UserFiles/downloads/conduct_ethics/rules/generic_ethical_rules/booklet_1_guidelines_good_prac.pdf
- Herman, A.A., Stein, D.J., Seedat, S., Heeringa, S.A., Moormal, H., & Williams, D.R. (2009). The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *South African Medical Journal*, 99(5), 339-344.
- Holborn, L., & Eddy, G. (2011). *First Steps to healing the South African family*. Johannesburg, SA: South African Institute of Race Relations. Retrieved August 1, 2014, from <http://www.sairr.org.za>
- Human Sciences Research Council. (2012). Child maltreatment prevention Readiness Assessment in South Africa. Report submitted to World Health Organisation. Pretoria: HSRC.
- Jernberg, A.M. (1978). *Theraplay: A new treatment using structured play for problem children and their families*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- National Research Council. (2000). *From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy of Press.

- Philips, R.D. (2010). How firm is our foundation? Current Play Therapy Research. *International Journal of Play Therapy, 19*(1), 13-25.
- Ray, D.C. (2006). Evidence-based Play Therapy: Theory, Research and Practice. In C.E. Schaefer & H.G. Kaduson (Eds.), *Contemporary Play Therapy* (pp. 136-155). New York: The Guilford Press.
- Rozensky, R.H. (2014). Implications of the Patient Protection and Affordable Care Act: Preparing the Professional Psychology Workforce for Primary Care. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(3), 200-211.
- Sackett, D., Strauss, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schaefer, C.E. (1998). What is play and why is it therapeutic? In C.E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 1-15). Northvale: Jason Aronson.
- Shean, G.D. (2014). Some methodological and epistemic limitations of evidence-based therapies. *Psychoanalytic Psychology*. doi: [org/10.1037/a0035518](https://doi.org/10.1037/a0035518)
- Ward-Zimmerman, B., & Cannata, E. (2012). Partnering with pediatric primary care: Lessons learned through collaborative colocation. *Professional Psychology: Research and practice, 43*(6), 596-605.